REVUE MENSUELLE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

Paraissant le 1er de chaque mois

Fondée et publiée par le Dr E.-J. MOURE

ABONNEMENTS :
France . . . . 10f par an.
Étranger . . . . 12 »

BUREAUX :
Rédaction : 28, cours de l'Intendance.
Administon : 16, rue Cabirol, Bordeaux.

Toute demande d'abonnement devra être accompagnée d'un mandat-poste.

Les ouvrages remis en double seront annoncés ou analysés.
Pour tout ce qui concerne la Rédaction,
S'adresser à M le Docteur E.-J. MOURE, 28, cours de l'Intendance, à Bordeaux;
pour les Annonces et les Abonnements, à M. l'Administrateur, 16, rue Cabirol.

2e Année. — N° 7. 1er Février 1881

REVUE MENSUELLE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

SOMMAIRE. — **Travaux originaux** : Étude sur les kystes du larynx, par le Dr E.-J. Moure *(Suite)*. — De laryngite syphilitique secondaire, par le Dr Joal (Mont-Dore). — **Revue Bibliographique** : Des troubles mécaniques pouvant survenir dans les fonctions de l'articulation crico-aryténoïdienne (surtout de l'ankylose vraie ou fausse et de la luxation), avec quelques remarques sur la périchondrite des cartilages du larynx, par le Dr Félix Semon. — **Revue de la Presse.** — **Index bibliographique.** — Thèses. — Presse française et étrangère.

TRAVAUX ORIGINAUX

Etude sur les kystes du larynx

Par le docteur E.-J. Moure. — *Suite* (1)

B. — Symptomes physiques ou objectifs.

1° *Auscultation.* — L'auscultation de la poitrine n'a jamais été pratiquée, et ne peut du reste en aucune façon mettre sur la voie du diagnostic, car la gêne respiratoire et la faiblesse du murmure vésiculaire, peuvent être liées à beaucoup d'autres affections du larynx, qui n'ont aucune analogie avec les tumeurs de cet organe (paralysie, laryngosténoses syphilitiques, compression du larynx ou de la trachée, etc., etc). L'on ne peut davantage attacher la moindre importance aux indications fournies par l'auscultation du larynx ; le bruit de soupape, donné comme caractéristique des tumeurs pédiculées, est loin d'être constant, et les bruits de rape, de frôlement ou de sifflement, peuvent être dus à beaucoup d'autres laryngopathies.

(1) Voir les nos du 1er novembre, 1er décembre 1880 et 1er Janvier 1881.

2° *Expectoration.* — Elle est ordinairement muqueuse et sans caractères; si chez quelques malades atteints de polypes solides du larynx, on a pu trouver dans les crachats, des parcelles de néoplasmes qui ont fait penser à leur existence; (Erhmann, *hist. des polypes*, observat. XXIX.) cette particularité ne saurait se rencontrer ici, puisque l'expectoration d'une partie de la tumeur, serait un indice de la rupture de la poche du kyste, et par conséquent sa guérison.

3° *Abaissement forcé de la langue. — Toucher digital.* — On conçoit que le premier de ces deux modes d'exploration ne puisse donner aucune indication, sur la présence ou l'absence de polype dans l'intérieur du larynx. Quant au deuxième moyen, il ne faudra l'employer que chez les sujets indociles, ou rebelles à l'examen laryngoscopique, particulièrement chez les enfants, dont le larynx est plus facilement accessible aux doigts de l'opérateur. Il pourra alors donner quelques notions toujours assez vagues, (1) sur la présence d'une ou plusieurs tumeurs dans l'intérieur de l'organe vocal; mais il ne faudra pas autant que possible, se borner aux renseignements qu'il aura pu fournir.

4° *Examen laryngoscopique.* — L'examen à l'aide du miroir laryngien, permet non-seulement de constater la présence des tumeurs situées à l'intérieur de l'organe vocal, mais il en indique le nombre, le volume, la forme, le siége, la nature, et fournit ainsi les bases d'un diagnostic certain avec les indications thérapeutiques qui en découlent.

Dans les cas de kystes, on constatera ordinairement la présence d'une tumeur *unique* (2), occupant par ordre de fréquence, comme semblent l'indiquer nos observations, les cordes vocales inférieures, l'un des ventricules de Morgagni, ou la partie inférieure de la face laryngée de l'épiglotte, à peu près au niveau du tubercule de Czermack.

(1) Les indications fournies par le toucher digital seront d'autant plus vagues, que les doigts de l'opérateur seront moins habitués à pratiquer le toucher de ces parties peu uniformes, et hérissées de nombreuses saillies.

(2) Le docteur Isambert, nous semble avoir confondu les tumeurs vésiculaires proprement dites, avec les polypes muqueux de la cavité laryngienne, (*Confér. clin.* p. 286-87), lorsqu'il dit : « ces tumeurs sont *plus ou moins nombreuses*, et implantées sur des parties variables de l'infundibulum laryngien. » Ce n'est pas du moins ce qui ressort des faits publiés jusqu'à ce jour, ni de ceux que nous avons nous-mêmes observés.

Les productions kystiques sont *toujours* séssiles sur la muqueuse ou elles sont implantées ; leur forme est uniformément arrondie où légèrement aplatie sur leur face libre ; leur surface est *lisse, unie*, d'une coloration jaunâtre sale, ou même parfois rosée, plus ou moins claire et transparente ; la partie convexe de ces néoplasmes est généralement parcourue par un fin réseau vasculaire, ou par un simple petit vaisseau très délicat, qui contourne le centre de la tumeur, envoyant de chaque côté, quelques fines ramifications.

D'autres fois, l'aspect des kystes est rougeâtre, foncé en certains points, transparent ou semi-transparent dans d'autres ; lorsqu'il s'est fait à l'intérieur de petites hémorrhagies capillaires qui ont modifié sa nature, ou si la tumeur est de nature vasculaire comme dans le cas rapporté par le docteur Johnson, (Observ. IX).

Nous nous baserons sur les observations rapportées par les différents auteurs, pour ajouter que les productions kystiques *intra-laryngées*, n'atteignent jamais un volume bien considérable, et ne dépassent pas la grosseur d'un noyau de cerise (1).

La partie de la muqueuse voisine de la tumeur, est un peu rouge, congestionnée, et lorsque le kyste siége sur le bord libre des rubans vocaux, il n'est point rare de voir la corde vocale opposée à celle qu'il occupe, être le siége d'une rougeur, ou quelquefois même d'érosions superficielles, dues aux frottements répétés qui se font en ce point de la muqueuse opposée, pendant les mouvements de phonation et les efforts.

5° *Cathétérisme* (2). — La sonde a l'avantage de suppléer au toucher digital, souvent impraticable, de plus elle permet de se rendre un compte exact du point d'implantation du néoplasme, de son origine, et surtout de sa consistance et de

(1) Il y aurait peut-être une exception à faire pour les tumeurs des ventricules de Morgagni, qui sont décrites par leurs auteurs comme ayant le volume d'un gros pois ou d'un noyau de cerise, on ne parle dans ces cas, que de la partie du néoplasme accessible à la vue, mais en réalité le kyste a au moins deux fois le volume indiqué, puisqu'avant de faire saillie à l'extérieur, il est d'abord obligé de remplir toute la profondeur du ventricule, et quelquefois même d'augmenter cette dernière, étant recouvert par la bande ventriculaire qu'il doit également soulever.

(2) Il ne s'agit pas ici de véritable cathétérisme, la sonde ne sert qu'à confirmer les données fournies par la vue.

sa nature kystique; dans ces derniers cas, la tumeur est molle, rénitente, élastique, fluctuante même, et la sonde peut facilement déprimer sa surface, qui aussitôt la pression supprimée, reprend la place, la forme et le volume qu'elle avait auparavant.

MARCHE. — DURÉE. — TERMINAISO . — PRONOSTIC

Il paraîtressortir de toutes nos observations, que la marche des kystes laryngiens, est au début assez rapide; puisqu'arrivés à un certain degré de développement, ils semblent s'arrêter dans leur marche progressive et rester stationnaires pendant un temps plus ou moins long. On trouvera dans l'observation d'une de nos malades (observat. I), que sa voix était rauque et enrouée depuis déjà fort longtemps, mais qu'elle était restée à peu près la même jusqu'à ces dernières années. Depuis un an ou deux seulement, la malade respirait plus difficilement, et remarquait que sa voix se couvrait encore davantage; il semble donc d'après les données fournies par la voix et la respiration, qu'il y avait eu un arrêt de développement de la tumeur, puisque sous une influence quelconque (rhume, bronchite, etc.) cette dernière avait pris un nouvel essor et augmenté rapidement de volume. D'une manière générale, la marche des kystes du larynx est lente, mais toujours progressive.

Leur durée, différant en cela des autres tumeurs de cet organe, n'est pas fatalement indéfinie, car il peut se faire que la paroi du kyste amincie par son développement exagéré, vienne à se rompre sous l'influence d'une quinte de toux, des efforts de vomissements ou d'autres causes, et que sans le secours d'aucune opération, le contenu de la tumeur s'échappe au dehors. Dans ces cas, la voix du malade devient subitement moins rauque, et finit même par s'éclaircir à mesure que la poche du kyste entre en suppuration et se résorbe sur place.

L'examen laryngoscopique pratiqué quelque temps après la rupture de l'enveloppe, ne permet même plus de reconnaître le point de la muqueuse autrefois occupé par le néoplasme. Ce mode de terminaison des tumeurs kystiques intra-laryngées n'est pas absolument exceptionnel, et en dehors des cas cités par Beschorner, pour les tumeurs épi-

glottiques, le Dr Ch. Fauvel nous a souvent raconté le fait suivant qui lui était arrivé au début de sa carrière : appelé dans l'un des hôpitaux de la capitale par le chef de service, pour pratiquer l'examen laryngoscopique d'un malade enroué, et atteint d'un peu de dyspnée, il constata la présence d'un polype sur l'une des cordes vocales; après l'avoir montré au chef de service et à quelques élèves, il remit l'opération à quelques jours de là. Ce jour venu, il fut très étonné en arrivant au lit du malade, d'entendre la voix claire et bien timbrée de ce dernier, et surtout de ne plus retrouver à l'examen laryngoscopique, la tumeur qu'il avait vue quelque temps auparavant. Il est bien évident qu'il s'était agi chez cet homme, d'une tumeur kystique du larynx, tumeur dont la poche s'était rompue sous l'influence d'un effort quelconque ; aussitôt disparue, les symptômes qu'elle avait occasionnés (enrouement, dyspnée légère), disparurent à leur tour.

Le pronostic découle naturellement de ce qui vient d'être dit, il est en général bénin, puisque l'on a toujours la ressource de prévenir les accès de suffocation, résultat du développement exagéré de la tumeur, en pratiquant son ablation par l'un des moyens que nous indiquerons plus loin.

Les complications sont excessivement rares, et les affections qui peuvent accompagner les kystes de l'organe vocal, sont tout à fait indépendantes de ces tumeurs. Quant aux récidives, elles sont absolument exceptionnelles, et nous ne connaissons d'autre observation que celle de M. Sommerbrodt, que nous rapportons ici :

OBSERVATION V

(In Bresl. Arz tlich. Zeitsch. n° 1. Sonnab. den 10 Jan. 1880),

Mlle St. de Kattowitz âgée de vingt-deux ans, me fut envoyée par le Dr Löbinger, le 22 juillet 1875. Elle se plaignait d'enrouement, et disait ne plus pouvoir chanter depuis le mois d'avril de la même année. Tout l'arsenal thérapeutique n'avait pu la soulager. A l'examen laryngoscopique, je constatais sur le milieu du bord libre de la corde vocale inférieure droite, une petite saillie blanchâtre de la dimension d'un grain de riz (fig. 6).

Je perdis ensuite la malade de vue jusqu'au 27 mars 1878 ; à cette époque, je constatais à la même place qu'autrefois, une tumeur trois fois plus volumineuse, ayant une forme allongée, de la couleur des cordes vocales qui étaient normales

La voix était beaucoup plus enrouée.

Le 30 mars, je fis une incision sur la tumeur et le kyste disparut, les cordes vocales conservèrent un aspect normal, et la voix redevint claire ; mais trois semaines après, la voix était de nouveau enrouée, et six semaines après l'opération, *la poche du kyste était remplie de nouveau*.

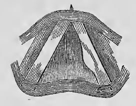


Fig. 6.

Je pratiquais alors une nouvelle incision, et depuis il n'y a plus eu de récidive, ce dont je me suis rendu compte en 1879. A cette époque, la malade pouvait chanter comme autrefois.

DIAGNOSTIC

Il serait à peu près inutile de vouloir établir le diagnostic des kystes du larynx, sans pratiquer l'examen de l'organe vocal, et après avoir passé en revue toutes les maladies qui constituent le pathologie laryngée ; nous ne pourrions nous baser que sur des symptômes différentiels plus ou moins équivoques, ne permettant même pas d'avoir la certitude de l'existence d'une tumeur intra-laryngée ; aussi ne parlerons-nous ici que des lésions observées *au laryngoscope*, qui pourraient en imposer pour des productions kystiques dans l'organe phonateur.

Nous ne pensons pas que dans aucun cas, l'on puisse prendre les végétations qui se produisent au niveau des ulcères tuberculeux ou syphilitiques, pour de simples polypes du larynx (1), et à plus forte raison pour des kystes de cet organe. La seule présence des ulcérations, et les lésions concomittantes; l'œdème de la région aryténoïdienne, les érosions ou l'aspect détendu des cordes vocales, la pâleur générale de l'organe dans la tuberculose ; l'œdème rouge,

(1) Voir notre travail sur le *Diagnost. de la syph. et de la phthisie laryng.* — Paris, 1879, p. 36.

dur dans la syphilis, sont des signes suffisants pour éloigner l'idée d'une tumeur bénigne, qui existe généralement seule.

Le diagnostic est peut-être moins facile à établir, entre les kystes du larynx et les autres tumeurs de cet organe.

1° *Les papillomes*, productions polypeuses que l'on rencontre le plus fréquemment dans le larynx, occupent d'habitude la commissure antérieure des cordes vocales, ce sont des tumeurs sessiles mais *nombreuses*, disposées en grappe ou en petits mamelons arrondis, juxta-posées en forme de choux-fleur, d'aspect rosé et semi-transparent, qui suffit pour les faire reconnaître.

2° *Les fibromes*, sont uniques, quelques fois pédiculés, ayant une surface blanchâtre, *inégale, bosselée*, ils sont très durs et très résistants, très difficiles à exciser à cause de cette dureté caractéristique. M. Labus vient cependant de rapporter une observation de *tumeur fibro-kystique* (1) située sur la corde vocale inférieure droite, qui aurait pu, au toucher, en imposer pour un véritable kyste, grâce à la rénitence qu'elle devait présenter dans les points occupés par le liquide, mais l'aspect général de la tumeur, dont il donne le dessin, permet de voir qu'elle avait une *surface irrégulière,* tomenteuse, et un volume assez considérable (comme une aveline, dit l'auteur), qui ont suffi pour éloigner l'idée d'un kyste, et par conséquent, faire songer à un mode opératoire absolument différent de celui qu'il aurait employé s'il s'était agi d'une simple poche remplie de liquide, puisque l'opération a été faite avec le serre-nœud de Storck.

M. le professeur Sommerbrodt pense que le diagnostic peut être facilement établi, à cause de la forme *fusiforme* qu'il a toujours rencontrée dans les cas de tumeurs kystiques des cordes vocales inférieures. (Voir observ. V, VI et VII). La sonde, ajoute-t-il, est le meilleur élément de diagnostic d'avec les fibromes; puis au besoin on peut toujours faire, dans les cas douteux, une ponction qui sans offrir le moindre inconvénient, fera disparaître la tumeur si elle est de nature kystique. La forme indiquée par le professeur de Breslau est loin d'être celle que l'on rencontre le plus habituellement, car il est à peu-

(1) *Tumore fibroso-cistoïd, della vera corda voc. dest.* (Milan, 1880, p. 6.)

près le seul auteur qui ait décrit des polypes kystiques, offrant cet aspect allongé en forme de fuseau, qu'il représente dans ses figures (*Fig. 6*), aussi ne croyons-nous pas que l'on puisse attacher à ce caractère, l'importance qu'il semble lui donner dans les deux observations que nous allons résumer (1) :

OBSERVATION VI

M. K..., âgé de vingt-deux ans, vint me consulter le 3 novembre 1873, pour un enrouement qui durait depuis neuf mois ; il toussait beaucoup, ou du moins essayait de se débarrasser par la toux, d'un corps étranger qu'il croyait situé à l'arrière-gorge ; sa voix était rauque et dysphone.

L'examen laryngoscopique me montra sur le bord de la corde vocale inférieure gauche, au milieu même, une tumeur fusiforme, de la grosseur d'un grain de chenevis, ayant une coloration blanchâtre peu différente de celles des cordes vocales qui étaient saines. Cette tumeur était facilement dépressible à la sonde, et le 26 novembre je la montrais aux étudiants ; le 27, je fis l'incision de la tumeur qui s'affaissa aussitôt et la voix redevint claire. Il n'y a pas eu de récidive.

OBSERVATION VII

Mme de C. de Gogolin, âgée de trente-six ans, m'a été adressée par le docteur Goretzki pour un enrouement assez prononcé, qui datait de neuf mois. Le 3 juin 1874, à l'examen de l'organe vocal, je constate encore sur le bord libre de la corde vocale inférieure gauche, et au niveau de la partie moyenne de ce ruban, une tumeur ayant la forme décrite dans l'observation précédente, et le volume d'un grain de blé.

Je propose l'opération à la malade, qui s'y refuse absolument ; je dois ajouter que cette tumeur était molle et renitente au toucher avec la sonde.

Je pourrais encore, dit l'auteur de ces deux observations, citer *cinq autres cas* offrant la plus grande analogie avec les précédents, mais je me borne à les signaler, sans en donner le résumé, mon diagnostic n'étant pas suffisamment établi.

(1) Publiées séparément *In Beitrage zur pâthol. des kehlk von prof.* Dr *Sommerbrodt* (1880. Breslau p. 2 et 3).

Voici encore un autre exemple de cette nature, que nous avons observé avec notre confrère et ami le docteur G. Coupard, qui nous a fourni le résumé de l'observation et le dessin qui l'accompagne.

OBSERVATION VIII

M. Mandez, âgé de quarante-cinq ans, se présente à la clinique du docteur Ch. Fauvel, le 15 octobre 1878.

Il y a quatre ans, il a été à la *suite d'un rhume*, forcé d'abandonner la carrière théâtrale ; mais sa santé a toujours été excellente.

Traité pour une pharyngo-laryngite catarrhale chronique, il fit deux saisons thermales à Cauterets, mais après son séjour dans cette station, sa voix se couvrait davantage.

Rien dans ses antécédents héréditaires ou constitutionnels n'est digne d'être noté.

L'examen laryngoscopique permet de découvrir une tumeur à base d'implantation très large, *fusiforme*, située au niveau du quart antérieur de la corde vocale droite : son aspect est blanchâtre, et se confond sur ses bords avec la suite de la corde vocale (fig. 7); Le pharynx est légèrement granuleux.



Fig. 7.

Après quelques essais d'introduction de la pince, et pour habituer le malade au passage de l'instrument, le docteur Ch. Fauvel tente l'arrachement du polype ; à la seconde reprise il retire entre les mors de sa pince un petit lambeau de muqueuse.

Avant de faire une nouvelle tentative, il examine la tumeur, qui s'est complètement affaissée, laissant en son point d'implantation une surface rouge, rugueuse. La voix du malade est devenue subitement plus claire.

On pratique ensuite quelques cautérisations du pédicule, avec une solution de chlorure de zinc, et un mois après il ne reste aucune trace du néoplasme.

Les *chondromes*, signalés par Virchow, trouveront ici leur place à côté des fibromes, avec lesquels ils offrent quelques points de ressemblance. Ce sont des tumeurs beaucoup plus rares, et même exceptionnelles, offrant au toucher une résistance encore plus considérable que les productions fibreuses. « Les excroissances cartilagineuses qui se produisent dans le larynx, dit Virchow (1), sont tantôt diffuses et aplaties, tantôt circonscrites et nodulaires, leur développement part tantôt du cartilage cricoïde et tantôt du thyroïde, pour se faire ordinairement jour vers la cavité du larynx; Rob Friorep a observé un cas très remarquable de chondrome du larynx *(Path. anat. Ablildung. ans der sam. der K. — Heilanstalt zu Berl.* livre II) où le cartilage thyroïde portait trois tumeurs en parties ossifiées, en général aplaties, mais assez étendues, qui avaient amené un fort rétrécissement de la cavité laryngienne. Gintrac a décrit une hypertrophie concentrique du cartilage cricoïde qui n'est pas, il est vrai incontestée, et j'ai vu moi-même, des excroissances partielles qui formaient des protubérances arrondies, devenant successivement de plus en plus pointues. J'ai trouvé sur la moitié postérieure du cricoïde une ecchondrose mesurant deux lignes de hauteur, et presque aussi large à sa base; et une plus grande encore, occupant la moitié antérieure du pourtour antérieur du thyroïde. Dans ce dernier cas, l'excroissance était ossifiée, et formait une véritable exostose au-dessous de laquelle le cartilage même s'était conservé intact; en regardant par la bouche un semblable larynx, on eut pu croire à l'existence d'un polype, l'excroissance était encore recouverte par la muqueuse. » Que l'on ait pu songer à l'existence d'un polype, l'erreur était en effet possible, d'autant qu'il s'agissait par le fait, d'un véritable néoplasme ne différant des polypes ordinaires que par sa rareté et sa constitution anatomique spéciale; mais nous ne croyons pas qu'en pareille occasion, l'idée de kyste puisse venir à l'esprit de l'observateur, et dans tous les cas, le toucher à la sonde suffirait pour faire reconnaître la consistance ligneuse de la tumeur.

Les adénomes, constitués par l'hypertrophie des glandes elles-mêmes, occupent non-seulement les points où ces glan-

(1) *Traité des tumeurs*, p. 441-42.

des existent en grande quantité, mais ce sont des tumeurs *nombreuses*, disposées sous forme de petits mamelons irréguliers, ayant une coloration rougeâtre plus ou moins foncée.

Les myxomes, sont de tous les polypes du larynx, ceux qui peuvent offrir le plus d'analogie avec les véritables kystes, au point que certains auteurs nous semblent avoir rangé sous ce titre quelques tumeurs de nature kystique ; en effet, M. Mandl (1), après avoir donné la description des fibromes, ajoute : « Comme variété de polypes fibreux, nous avons encore le polype fibro-cellulaire, et le fibrome aréolaire qui est mou, jaunâtre et lobulé, *il en est de même du myxome*, qui est sessile, peu vasculaire, gélatineux, arrondi et rarement lobulé; il n'a été que très rarement observé (Virchow, Rauchfuss et Bruns) ; or, les observations rapportées par ces auteurs étaient des tumeurs kystiques soit de l'épiglotte (Rauchfuss), soit des cordes vocales (Bruns).

Les véritables myxomes sont assez rares pour que M. Morell-Mackensie (2) dise n'avoir rencontré qu'un seul polype qui fût entièrement myxomateux. Le diagnostic de ces tumeurs offrira d'autant plus de difficultés que les myxomes sont également uniques, sessiles sur la muqueuse où ils sont implantés, d'un aspect grisâtre, transparent et brillant, ressemblant à de petites gouttes de rosée, tremblottants comme ces dernières et formés d'une paroi très mince contenant un liquide gélatineux, qui au microscope, est formé de nombreuses cellules à prolongement multiples. Peut-être même peuvent-ils devenir le point de départ de véritables kystes, par suite de la résorption des éléments cellulaires qu'ils contiennent au début, et par l'organisation de leur paroi. Les kystes ont aussi une paroi lisse et unie, mais leur coloration est jaunâtre sale, légèrement rosée, leur surface est presque toujours parcourue par de petits vaisseaux capillaires qui se dessinent très nettement sur le miroir laryngien, la sonde peut facilement les déprimer, et ces tumeurs reprennent leur volume et leur forme primitive aussitôt la pression terminée.

Ce que Virchow appelle les polypes vésiculaires du larynx sont bien de véritables kystes, et non des tumeurs myxo-

(1) Mandl, *Traité des maladies du larnx.* (Paris, 1872. p. 737-38.)
(2) Morell-Mackensie : *Loc. cit.*, p. 48.

mateuses, comme le pensait Isambert (1), qui nous semble avoir confondu ces deux sortes de productions pathologiques, bien distinctes sous le microscope. Virchow dit (2) en effet : « D'autres kystes se produisent rarement dans les voies aériennes, la forme la plus parfaite est celle qui se développe dans le ventricule de Morgagni, et qui donne lieu à la formation des *polypes vésiculaires* du larynx. Ceux-ci commencent par faire une saillie aplatie au-dessous de la muqueuse, comparables au début, à des œufs de Naboth, ils proéminent peu à peu toujours davantage, *mais conservent toujours une large base.* »

Les angiomes peuvent à la rigueur être classés parmi les kystes du larynx (kystes sanguins), ils sont excessivement rares et ont un aspect rouge foncé, presque caractéristique; leur paroi est également lisse, unie, facilement dépressible à la sonde. En voici du reste un exemple :

OBSERVATION IX (*Résumé*).

Tumeur vasculaire (Angiôme) de la commissure antérieure des cordes vocales.

Trans. of médic. chirurg. Soc. Vol. li. case 2, by Johnson (3).

Le 29 juin 1865, M. X..., avocat, âgé de cinquante ans, vint consulter le docteur Johnson pour un enrouement assez prononcé, enrouement continu, sans dyspnée ni toux; cet auteur constata au niveau de la commissure antérieure des cordes vocales inférieures, la présence d'une tumeur rougeâtre, foncée, molle et rénitente, qui était un *kyste vasculaire*. L'excision de la tumeur pratiquée avec l'écraseur, amena sa guérison complète et le retour de la voix à son état primitif.

(*A suivre.*) Dr E. J. Moure.

(1) Les deux cas de Turck, cités par cet auteur (*loc. cit.*, p. 287), se rapportent à deux kystes de la base de l'épiglotte et non à des polypes muqueux, comme il semble le dire.

(2) *Loc. cit.*, p. 244.

(3) Cité par Mackensie. (*Growth. in lar.*, p. 236-37).

De laryngite syphilitique secondaire.

Par le docteur JOAL (du Mont-Dore)

A la lecture des nombreux travaux publiés dans ces dernières années sur les laryngopathies syphilitiques, on est tout d'abord frappé de la divergence d'opinions qui se manifeste entre les auteurs qui se sont occupés de ce sujet. Ce n'est pas seulement sur les questions de doctrine, ce n'est pas à propos de l'interprétation à donner à certains faits que l'accord ne s'établit pas, mais bien au sujet de ces faits eux-mêmes, dont l'existence est affirmée ou niée suivant les observateurs. Telle lésion rare pour les uns, devient fréquente pour les autres, d'aucuns soutiennent que la maladie débute par telle partie du larynx, qui pour d'autres est le lieu de terminaison.

Nous ne pensons pas qu'il faille attribuer à l'insuffisance des moyens d'exploration, l'écart assez marqué constaté entre les résultats obtenus par les différents observateurs. Le laryngoscope entre les mains d'expérimentateurs aussi habiles que MM. Isambert, Fauvel, Krishaber, Gouguenheim, qui sont des maîtres en laryngologie, est un instrument sûr et ne pouvant donner lieu à des erreurs de diagnostic.

Nous sommes plutôt porté à croire que les auteurs se sont placés dans des conditions d'observation différentes les unes des autres, qu'ils ont étudié la syphilis laryngée, sur des catégories de malades dissemblables et opposées. C'est ainsi que M. le docteur Gouguenheim et son élève M. Bouchereau, qui se sont livrés à des recherches sur la laryngite syphilitique secondaire à l'hôpital de Lourcine, trouvent ces accidents beaucoup plus fréquents, que ne le prétendent les médecins qui ont observé dans les hôpitaux ordinaires, dans les cliniques de ville, dans leurs cabinets de consultations.

Il n'est pas étonnant qu'à Lourcine les manifestations laryngées se rencontrent dans une bien plus forte proportion que partout ailleurs. On sait que les filles admises à cet hôpital, se trouvent dans des conditions éminemment favorables pour le développement de la maladie; les excès alcooliques, l'abus du coït, l'usage du tabac, causes dont l'influence se fait vivement sentir sur la production des phénomènes

laryngés, n'agissent jamais plus souvent que chez les malades traités par M. Gouguenheim.

C'est là que nous trouvons l'explication des chiffres fournis par la statistique qu'il a faite. Ce médecin nous dit que la laryngite secondaire se présente chez les deux cinquièmes des syphilitiques environ; sur 140 malades, le larynx était intéressé 50 fois. M. Bouchereau dans le même service a obtenu des résultats à peu près identiques. Sur 135 syphilitiques, il a rencontré 59 cas de laryngite secondaire.

Et cependant la plupart des auteurs avaient regardé la syphilis laryngée secondaire comme assez rare. M. A. Fournier qui a également observé à Lourcine, dit qu'il a vu des accidents laryngés cinq ou six fois sur 100 malades. M. Ferras écrit, qu'en parcourant les salles du Midi et de Lourcine, c'est à peine si on rencontre quelques cas de laryngite secondaire.

Il est vrai que M. Gougueheim examine le larynx de tous les syphilitiques, et comme bon nombre de fois la phonation n'était pas troublée ou l'était d'une manière insignifiante, il pense que c'est en raison du peu de fréquence des troubles de la voix, qu'on a considéré la laryngite comme rare pendant la deuxième période de la syphilis. Auparavant on ne soumettait à l'examen laryngoscopique que les malades enroués, qui sont peu nombreux, puisque les lésions siégent de préférence à l'épiglotte, or la voix n'est ordinairement intéressée que lorsque les vocales sont atteintes, ce qui n'arrive pas toujours.

La question de savoir, quelle est la partie du larynx le plus habituellement atteinte par l'inflammation, quel est le point par où débutent les phénomènes laryngés, mérite de fixer notre attention. M. Bouchereau soutient que l'épiglotte est le siége le plus fréquent de l'affection qui commence ordinairement par cet opercule; M. Gouguenheim est du même avis, sans toutefois être aussi affirmatif, il a trouvé plus souvent que son élève les cordes vocales inférieures intéressées; mais il est encore loin de se ranger à l'opinion de ceux qui soutiennent que le ligament aryténo-thyroïdien est le lieu d'élection des lésions laryngées de la syphilis secondaire; pour Krishaber et Mauriac, en effet, c'est sur les cordes vocales inférieures que l'on voit apparaître d'abord la

rougeur inflammatoire. Fauvel et ses élèves Julien, Moure et Coupard regardent même la commissure antérieure des rubans vocaux comme le point où s'observe le plus souvent cette rougeur initiale dite en *coup de pinceau*.

C'est à cette dernière manière de voir que nous nous rallions; et nous pensons que ce n'est pas à cause du voisinage du pharynx et par propagation des phénomènes gutturaux que le larynx est ordinairement atteint; les lésions laryngées sont primitives, en ce sens qu'elles sont indépendantes des troubles pharyngés, qu'elles précèdent parfois. Nous ne croyons pas non plus à l'exactitude de cette règle sur laquelle insistent trop certains auteurs, et en particulier M. le docteur Cadier, qui assigne une marche descendante aux phénomènes syphilitiques allant toujours de haut en bas, tandis que dans la tuberculose les lésions suivraient une marche inverse, se propageraient des cordes vocales à l'épiglotte et au pharynx.

La présence des plaques muqueuses dans le larynx a été fort contestée; l'on sait qu'Isambert, A. Fournier, Duplay, Ferras, nient formellement la présence de ces lésions. Il semble, au premier abord, que M. Gouguenheim ait une opinion différente de celle de la plupart des auteurs qui admettent les plaques muqueuses, tout en les regardant comme peu fréquentes, mais au fond, sa manière de voir est la même.

Dans la première série d'observations, celle publiée par Bouchereau, sur 59 cas de laryngite secondaire, le médecin de Lourcine a constaté des plaques muqueuses 23 fois sur l'épiglotte, 6 fois sur les cordes vocales inférieures, 1 fois sur le repli glosso-épiglottique, et 1 fois aussi, sur la région aryténoïdienne. Dans la deuxième série d'observations, la proportion semble moins forte; sans nous donner un chiffre exact, M. Gouguenheim dit les avoir rencontrées 14 fois au moins sur l'épiglotte, c'est encore là un nombre respectable. Mais aussi l'auteur donne le nom de plaque muqueuse à toute ulcération, qu'elle qu'en soit la forme ou l'aspect, reposant sur un fond hyperplasié; Cette définition ne nous semble pas acceptable, car toutes les ulcérations laryngées syphilitiques sont accompagnées d'hyperplasie, dès lors le terme générique de plaque muqueuse s'appliquerait à toute solution de continuité apparaissant sur la membrane interne du larynx,

dans la deuxième et troisième période de la syphylis. Ce serait créer une confusion de langage regrettable ; la plaque muqueuse est une espèce, dont les caractères sont classiques, il ne faut pas généraliser le sens du mot.

Il semblera à tous les spécialistes, difficile de regarder comme des plaques muqueuses, les exulcérations et les fissures de l'épiglotte signalées dans les observations V, VI, VII de Bouchereau. Aussi, malgré cette étude, nous continuerons à regarder comme peu fréquente la présence des plaques muqueuses dans le larynx. C'est, du reste, l'opinion de M. Gouguenheim, qui dit : « Assurément, si, sous ce nom de plaques muqueuses, on ne veut comprendre que des plaques circulaires caractéristiques, cette variété est rare dans le larynx. » C'est aussi absolument notre avis.

L'auteur entre dans peu de détails au sujet des troubles observés dans la laryngite syphilitique secondaire ; il se contente de nous dire que, 35 fois sur 50 cas, la voix était altérée ; dans les premières recherches faites avec M. Bouchereau, 13 malades sur 59 avaient été notés comme présentant des troubles de la voix; M. Gouguenheim pense que ce chiffre, relativement minime, tient à ce qu'au début de ses études, il n'avait tenu compte que des troubles manifestes de la phonation, et qu'il avait négligé les cas où les altérations étaient beaucoup moins accentuées, ou à peine accusées.

M. Gouguenheim professe que les modifications de la voix sont en rapport des lésions matérielles observées dans le larynx, et principalement sur les cordes vocales inférieures, nous ne pensons pas que cette relation soit constante, il nous est arrivé à maintes reprises, de constater que des ulcérations des cordes vocales donnaient lieu à un léger enrouement, tandis qu'en d'autres circonstances un peu de rougeur, un simple coup de pinceau, occasionnait de l'aphonie presque complète; c'est ce que fait remarquer aussi, avec beaucoup de justesse, M. le docteur Roux qui vient de faire une excellente thèse sur le sujet qui nous intéresse.

Le médecin de Lourcine écrit : « Chez quelques malades, l'aphonie n'était pas provoquée par des lésions laryngées; deux fois l'hystérie avait causé des troubles vocaux, une de nos malades avait même simulé l'aphonie », et il n'insiste

pas davantage sur cette importante question des paralysies laryngées de la syphilis secondaire.

En dehors de l'hystérie, chez des sujets qui ne sont pas sous l'influence d'un tempérament nerveux, il peut se manifester pendant la deuxième période de la syphilis, une paralysie des cordes vocales inférieures, qui a été signalée par Diday, Gerhard et Roth, Krishaber, qui est admise par Julien, Moure, de Lamallerée; il en résulte une perte de la voix partielle ou totale. Nous ne pensons pas que pour la production de cet accident, il faille qu'un filet nerveux soit comprimé par une tumeur syphilitique, par une gomme, nous l'attribuons à la même cause qui amène les névralgies, les battements de cœur, les anesthésies, les paralysies du nerf facial par exemple, à la perturbation nerveuse qui se montre dans la période secondaire de la vérole. Au mois d'avril, nous avons vu un très beau cas de ces paralysies avec notre ami le docteur Coupard, chef de clinique du docteur Fauvel.

C'est un homme de quarante ans, célibataire, comptable dans une maison de commerce; il paraît vigoureusement constitué, et se plaint d'un enrouement assez marqué, avec perte de la voix tous les soirs. A l'examen laryngoscopique, paralysie complète de la corde vocale inférieure gauche, la droite est aussi légèrement paralysée. Pas de rougeur, ni de gonflement de la muqueuse laryngée. Rien au poumon, rien au cœur, ni dans les gros vaisseaux; les ganglions bronchiques ne nous semblent pas tuméfiés.

Les troubles vocaux dataient de huit jours, le malade ayant déclaré n'avoir jamais eu de chancre, nous écartons l'idée de paralysie syphilitique, sans pour cela pouvoir poser un diagnostic précis au point de vue étiologique. On prescrit des attouchements au chlorure de zinc, des purgatifs et de la poudre sulfureuse à l'intérieur.

Au bout de huit jours, le malade nous revient avec une syphilide cutanée; il avoue avoir eu un bouton à la verge six mois auparavant; un traitement mercuriel et ioduré est prescrit, treize jours après, le malade avait recouvré la voix.

C'est là, croyons-nous, un bel exemple de paralysie syphilitique secondaire, et nous nous demandons si dans les cas

auxquels M. Gouguenheim fait allusion, il est nécessaire de faire intervenir l'hystérie pour trouver la cause de l'aphonie. Nous nous permettons d'attirer sur ce point l'attention du savant médecin des hôpitaux, et nous espérons que les recherches laryngoscopiques qu'il ne manquera pas de continuer à Lourcine, contribueront pour beaucoup à éclairer cette question, ainsi que tous les points encore obscurs dans l'histoire de la syphilis laryngée secondaire.

Dr JOAL (du Mont-Dore).

Revue Bibliographique.

Des troubles mécaniques pouvant survenir dans les fonctions de l'articulation crico-aryténoïdienne *(surtout de l'ankylose vraie ou fausse et de la luxation),* **avec quelques remarques sur la périchondrite des cartilages du larynx.** — *On mechanical impairment of the functions of the cryco-arytenoïd articulation, (Especially tree and false anchylosis and luxation) with some remarks on perichondritis of the laryngeal cartilages.*

Par le docteur Félix SEMON, médecin à l'hôpital des maladies de la gorge et de la poitrine, de Londres (1).

L'auteur de cet intéressant mémoire, déjà publié par lui dans le *Medical times and Gazette* (vol. II. 1880), désire attirer l'attention sur une forme peu connue ou même ignorée de troubles moteurs du larynx, attribués bien souvent soit à soit à une paralysie d'origine nerveuse, à une compression des recurrents, à une dégénérescence musculaire ou à toute autre cause, alors que tous ces désordres proviennent d'une affection intra ou extra capsulaire de l'articulation crico-aryténoïdienne.

Après avoir rappelé en quelques mots, les différentes observations de cette nature publiées par quelques médecins spécialistes tels que Turck, Ziemssem, Mackensie, Burow, Mandl, Sckrotter, Lennox Browne, etc., etc., et mis sous les yeux du lecteur dans un tableau synoptique des plus complets, les lésions observées, le traitement employé et les

(1) Pardon and son Printers, Paternoster row (Londres, 1880).

résultats obtenus, M. le docteur Semon étudie successivement les causes de l'affection, qu'il divise en trois catégories : 1° *Les ankyloses dues à une inflammation locale telle* que la périchondrite, la laryngite simple hypertrophique (?), les lésions articulaires; 2° *les ankyloses liées à un état constitutionnel déterminant une affection locale*, telles que la fièvre typhoïde, la variole, la syphilis, la diphtérie, la tuberculose, la goutte, l'ossification physiologique de ces parties à un âge avancé; 3° *enfin les ankyloses purement mécaniques, déterminant une immobilité constante*, occasionnées par une rétraction cicatricielle de la muqueuse ou des muscles, une paralysie nerveuse ou musculaire, des néoplasmes, etc. Reprenant ensuite une à une ces différentes causes, il discute et établit la part active que prend chacune d'elles dans la production de cette maladie.

Les symptômes objectifs concernant la position des articulations ankylosées, l'ankylose bi-latérale ou uni-latérale, la tuméfaction, l'ankylose vraie ou fausse, l'ankylose liée à la luxation, enfin la luxation, sont également l'objet d'une étude approfondie. Viennent ensuite quelques considérations générales sur les symptômes fonctionnels occasionnés par ces différents états du larynx. La question du diagnostic est traitée avec un soin tout particulier par l'auteur, qui dit encore quelques mots sur le pronostic et les divers traitements à employer, pour combattre ou éviter cette complication, suivant la cause déterminante de la maladie.

En un mot, l'opuscule du docteur F. Semon est une véritable monographie, assignant désormais à ces lésions encore peu étudiées, une place distincte dans la pathologie laryngée.

Revue de la Presse

Polype inséré au niveau de la partie antéro-supérieure du conduit auditif, près de la membrane du tympan. — Absence de suppuration, hémorrhagie abondante, par le Dr Noquet. — Le malade est un homme de 23 ans menuisier, d'une constitution vigoureuse, qui s'était aperçu que depuis quelque temps, son oreille droite devenait un peu dure. Le 13 juin 1880, survint une hémor-

rhagie abondante par le conduit auditif du côté gauche. Le malade modéra l'écoulement du sang à l'aide de son mouchoir appliqué à l'entrée du conduit. Jusqu'à cette époque il ne s'était fait aucun écoulement par cette oreille, il n'y a jamais eu de bourdonnements.

L'examen fonctionnel des oreilles, révèle l'intégrité absolue de la transmission par les os du crâne, la montre est entendue au contact à gauche, à 0,25 cent. à droite.

L'examen au speculum permet d'apercevoir un bouchon de cérumen à droite, et à gauche quelques caillots sanguins, qui sont l'un et l'autre facilement enlevés avec une irrigation à l'eau tiède. Après avoir débarrassé l'oreille gauche du sang qu'elle contenait, M. le docteur Noquet aperçoit au niveau de la partie antéro-supérieure du conduit auditif une petite tumeur mamelonnée, de couleur rosée, occupant le voisinage de la membrane du tympan qu'elle cache en partie, empêchant de voir le manche du marteau, et le sommet du triangle lumineux. Sur trois petits mamelons de la tumeur, on aperçoit trois caillots, indices du point de départ de l'hémorrhagie. Le stylet permet de constater l'insertion du polype sur le conduit auditif, sans lésion du tympan, fait que confirment les méthodes de Valsava et de Politzer qui ne donnent lieu à aucun sifflement, au moment de la pénétration de l'air dans la caisse.

Le malade ayant recouvré l'ouïe après le nettoyage des deux conduits auditifs, refusa de se soumettre à l'opération qui lui fut proposée pour le débarrasser de sa tumeur.

Ce fait est intéressant, d'abord à cause de l'hémorrhagie qui s'est produite sans motif appréciable, aussi parce que le polype existait en dehors de tout écoulement de l'oreille. (*Bullet. méd. du Nord*, n° 10. 1880.)

Traitement des polypes de l'oreille. — Le docteur A. Politzer recommande l'alcool rectifié, pour détruire les granulations et polypes de l'oreille moyenne. L'auteur procède de la manière suivante : Après avoir nettoyé l'oreille à l'aide d'une injection d'eau tiède, et évacué une partie de la matière purulente par son procédé, il essuie l'oreille avec un peu de ouate, et instille dans le conduit quelques gouttes tièdes d'alcool, qu'il y laisse séjourner pendant dix à douze minutes. Si la douleur occasionnée par cet agent est trop

vive, on l'étend d'une partie d'eau pour arriver graduellement à l'employer pur deux ou trois fois par jour. L'alcool blanchit d'abord le polype, qui devenant moins vasculaire, diminue de volume. Voici, du reste, dans quels cas Politzer recommande l'emploi de son procédé :

1° Pour détruire les restes de polypes du conduit, de la membrane du tympan et surtout de l'oreille moyenne, qui ne peuvent être coupés avec les couteaux habituels ;

2° Dans les cas de granulations nombreuses du conduit et du tympan ;

3° Dans les cas de fongosités diffuses de l'oreille moyenne ;

4° Lorsque l'intervention chirurgicale ne peut se faire à cause d'une obstruction mécanique ;

5° Chez les personnes craintives et les enfants chez lesquels on ne peut employer le traitement chirurgical qu'avec beaucoup de difficultés, et en ayant recours aux narcotiques. (*Wien. med. Wochens*, n° 31, 1880. — *Med. Rec. New-York*, janv. 8, 1881, p. 41).

Corps étrangers des voies aériennes. — M. le docteur Laugier rapporte le cas d'un malade ayant expulsé un corps étranger (pierre de forme triangulaire) qui avait séjonrné *un mois* dans la bronche droite. La pierre hérissée de nombreuses saillies aurait été avalée, le 10 octobre, dans une cuillerée de soupe épaisse, déglutive brusquement. Il se produisit aussitôt un violent accès de suffocation auquel il faillit succomber, six autres accès suivirent le premier en l'espace de quelques jours, et ce fut le 10 novembre à la suite d'un effort de toux que le corps étranger fut expulsé. Pendant le séjour de cette pierre, le malade ne présente que des signes de bronchite interne, avec fièvre assez vive, et expectoration purulente et parfois striée de sang. Il accusait de plus une douleur fixe au niveau de la partie moyenne de la bronche droite, douleur qui a persisté deux mois après l'expulsion du corps étranger. (*Progr. méd.* 8 janvier 1881, n° 2).

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Thèses soutenues durant l'année 1880-81.

FACULTÉ DE PARIS

GUYOT. — *Enseignement des sourds-muets par la parole.*

MENZIÈS. — *Sur quelques cas de diphtérie, avec des réflexions relatives à l'origine commune de la diphtérie de la fièvre typhoïde et de la méningite cérébro-spinale.*

DOUMERGUE. — *Contribution à l'étude des troubles auditifs dans le mal de Bright.*

Presse française

Fracture du rocher, par suite d'une chute d'un lieu élevé. Clinique du professeur GOSSELIN. (*Conc. méd.* 18 décembre 1880, nº 51).

De la membrane du tympan, par le Dr GELLÉ. *(Gaz. des hôp.* 21 décembre 1880, nº 148).

Croup. — Trachéotomie, ulcération de la trachère, perforation du tronc brachio-céphalique, par H. LEROUX, interne des hôpit. *(Prog. méd.*, 25 décembre 1880, p. 1061).

Crises laryngées dans l'ataxie. Clinique du professeur CHARCOT. *(Journ. de méd. et de chir. prat.* Janvier 1881, p. 22).

Œdème de l'aryténoïde droit, par le Dr E. MARTEL. *(Ann. des mal. de l'or. et du lar.* Janvier 1881. p. 314).

Chancre du pilier antérieur, syphilis ignorée, par le Dr BARTHÉLEMY. *(Ann. des mal. de l'or. et du lar.* Janvier 1881, p. 316).

Traitement du hoquet avec complication de spasme de la glotte, par le Dr E. DEGHILAYE (de Mons). (*Rev. méd. franç. et étrang.*, 8 janvier 1881, nº 2).

Recherches sur les effets do l'application du chloroforme sur les muqueuses nasale, buccale, pharyngée, laryngée, par M. BROWNSEQUARD. *(Gaz. méd. de Paris*, 15 juin 1881, nº 3).

Traitement de la diphtérie par la pilocarpine, par le Dr Georges GUTTMANN). *Wien. méd. Blatt*, nº 41. *Rev. méd. franç. et étrang.*, 22 janvier 1881, nº 4).

Presse étrangère

Laryngosténose diphtéritique, par le Dr SEIBERT. *(Méd, rec.*, New-York, 1er janvier 1881, p. 21).

Corps étranger du pharynx extrait huit ans et deux mois après son introduction, par le Dr SINGLETARY. (*Méd. rec.*, New-York, 8 janvier 1881. — Louisville, *médic.*, *News*, 27 novembre 1880).

Ouvrages déposés au bureau du journal :

Extraction d'un polype de la trachée par les voies naturelles.— (Removal of a tracheal neoplasm, by operation, through the natural passages). — Par le professeur Carlos LABUS (de Milan).

De l'oreille, pathogénie et traitement de la surdité, par le Dr GELLÉ. (Seront analysés).

Le propriétaire-gérant, Dr E.-J. MOURE.

Bordeaux. — Imp. Nouvelle A. BELLIER, 16, rue Cabirol,